



Dott.ssa Claudia Curto

STUDIO ODONTOIATRICO

Iscrizione Albo MC 222

Data:

Cognome e Nome:

INFORMATIVA Impianti

Vista la diagnosi di

Dichiaro di essere stato informato della necessità di sottopormi a un intervento chirurgico per l'applicazione di viti implantari osteointegrate in titanio, che verranno utilizzate come supporto protesico (per protesi fissa o mobile) e che, a distanza di 4/6 mesi dal primo intervento, ne seguirà un secondo per l'attivazione dell'impianto.

Sono stato inoltre informato sulle possibili complicanze generiche derivanti dall'intervento chirurgico (gonfiore, dolore, infiammazione) e su quelle specifiche date dai limiti anatomici, come la vicinanza dei seni mascellari nell'arcata superiore e del nervo e dell'arteria mandibolare nell'arcata inferiore.

Sono inoltre consapevole che il fumo rappresenta un fattore negativo per la buona conservazione nel tempo degli impianti.

So che qualsiasi pratica chirurgica non è esente da rischi e, in particolare, che gli impianti possono essere perduti per mancata osteointegrazione o perimplantite (infezione). Non è descritto in letteratura alcun fenomeno di rigetto; si possono invece verificare cedimenti delle componenti implantari aggiunte e protesiche (ad esempio piccole viti di serraggio).

Accetto che l'odontoiatra modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario.

Sono consapevole che, senza una buona igiene orale domiciliare, la terapia effettuata non potrà dare risultati soddisfacenti nel tempo e che dovrò sottopormi a visite periodiche e a igiene professionale, come concordato col medico odontoiatra a fine terapia.

Preso atto della situazione illustratami, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Osservazioni del paziente:

Firma del Paziente (o del genitore/tutore):



Telefono:
+39 391 385 0755
071 56 654



Email:
studiodentisticocurto@gmail.com



Indirizzo:
Corso Matteotti, 12
Ancona (AN) 60122